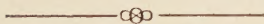


QUELQUES FORMES
DE
DERMO-ÉPIDERMITES
MICROBIENNES
STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUES

PAR

Le Docteur Paul VASLIN



PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

—
1921



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE

A MA MÈRE

*En témoignage de ma grande
affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MA FEMME

A MON FRÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES

ET SYPHILITIQUES

MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qu'il veuille bien recevoir l'expression
de notre respectueuse gratitude pour
l'honneur qu'il nous a fait en vou-
lant bien accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Années 1919-1920

M. LE DOCTEUR OETTINGER

MÉDECIN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOËL FIESSINGER

MÉDECIN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR CHAUFFARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

PROFESSEUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE

ET SYPHILIGRAPHIQUE

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE TOURS

Années 1911-1912-1913-1914

MESSIEURS LES DOCTEURS

H. BARNSBY (*in memoriam*), LAPEYRE, CHEVÉ,
MEUNIER, BAUDOUIN, BOSC, TILLAYE,
THIERRY, GUILLAUME-LOUIS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

Années 1911-1912-1913-1914

MESSIEURS LES PROFESSEURS

WOLFF, MENUET, VILLEDIEU, PARISOT, PITARD,
GUILBAUD, H. BARNSBY, MEUNIER, THIERRY,
BAUDOUIN, GUILLAUME-LOUIS, GAUDEAU,
MERCIER.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

BONNIN (de Bordeaux), MÉDECIN DES HOPITAUX,
CLARA (de Lyon),
GOULLIER (de Limoges),
GUIBERT (de Tours).

Avant-Propos

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur de témoigner toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Gougerot, dont nous avons eu l'honneur d'être, à la fin de la guerre, l'assistant au Centre dermato-vénéréologique de la 9^e région.

C'est lui qui nous a montré tout l'intérêt de la dermato-vénéréologie ; c'est sous son inspiration que nous avons entrepris cette thèse.

Il nous a aidé de ses conseils dans la rédaction de ce travail et a mis obligeamment à notre disposition des documents auxquels nous avons fait le plus large emprunt et qui nous ont singulièrement facilité notre tâche. Nous sommes bien heureux de pouvoir le remercier de la grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Que ceux, aussi, qui ont guidé nos premières études, ne soient point oubliés ; que nos maîtres de l'hôpital et de l'Ecole de Tours veuillent bien croire à notre profonde gratitude.

Qu'enfin l'hommage de notre admiration et de notre reconnaissance soit accepté par les maîtres des hôpitaux de Paris, dont nous avons l'honneur d'avoir été l'élève.

Introduction

Nous nous proposons de montrer quelques aspects rares de dermo-épidermites microbiennes. Il n'en a été publié jusqu'ici qu'un très petit nombre de cas. Nous ne croyons pas qu'il en soit parlé dans aucun des traités classiques de dermatologie.

Nous avons cru faire œuvre utile en réunissant et en groupant quelques cas de formes rares que nous avons été à même d'observer :

Dans le courant de l'année 1919, alors que nous étions assistant de M. le Professeur agrégé Gougerot, médecin chef du centre de dermato-vénéréologie de la 9^e région ; puis à la consultation de la porte de l'hôpital St-Louis ; et plus récemment, en 1920, dans le service de M. le docteur Brocq, médecin de l'hôpital St-Louis.

Définition

Les dermo-épidermites microbiennes sont des infections cutanées envahissant le derme, et surtout l'épiderme.

Elles n'ont pas d'affinité particulière pour une région cutanée plutôt que pour une autre ; elles ont tendance, ordinairement, à envahir de larges surfaces et à affecter une marche chronique ; elles sont enfin capables, comme l'a montré Gougerot, d'offrir une grande variété d'aspects cliniques, tant et si bien qu'elles peuvent sembler, en apparence, présenter des différences fondamentales dans leur nature.

Elles sont dues aux microbes habituels de la suppuration : streptocoques ou staphylocoques et le plus souvent à ces deux cocci associés.

Historique

Les dermo-épidermites microbiennes étaient peu connues avant la guerre.

Sabouraud, le premier, croyons-nous, les décrit. En 1905, il découvre la nature microbienne de la dartre furfuracée du visage (*pityriasis simplex faciei*) et des intertrigos ; il insiste sur la nécessité de démembrer le groupe d'affections cutanées connues sous le nom d'eczémas séborrhéiques. Outre l'intertrigo squameux non suintant rétro-auriculaire, il décrit une strepto-épidermite chronique nummulaire passant par les trois stades « exsudatif aigu, prelichénien subaigu et lichénien chronique » : il inaugure donc ce chapitre nouveau de la dermatologie.

En 1906, Gougerot observe des formes de strepto-épidermite chronique, et fait mouler l'une d'elles observée dans le service de M. de Beurmann : « Eruption d'origine strepto-coccique ». Jambe. (1)

En 1912, il publie un travail sur les formes tuberculoïdes, notamment sur les formes verruqueuses

(1) Salle des moulages de l'hôpital St-Louis, vitrine 21, n° 2478, 1906.

(Numéros 20 et 21 du *Progrès Médical* de 1912) ; il étudie les formes traumatiques compliquant les fistules de pleurotomie, les plaies suppurantes, surtout les fistules d'origine osseuse ; survenant sur des moignons d'amputés par accidents de travail. Il voyait donc que ces épidermites pouvaient non seulement apparaître spontanément, mais surtout compliquer des lésions suppurées profondes, des plaies infectées. (1) C'était prévoir la pathologie de guerre.

Mais ce n'est vraiment qu'à partir de 1915 que la question des dermo-épidermites microbiennes prend, du fait de la guerre, une importance toute particulière et considérable. Une des causes de leur apparition va être réalisée d'une façon extrêmement fréquente : plaies suppurantes, fistules osseuses ne se comptent plus, et c'est autour de ces plaies en activité — ou même, quelquefois, guéries — qu'il va être possible d'observer des lésions de dermo-épidermite microbienne.

Au début de la guerre, ces lésions sont confondues avec de l'eczéma plus ou moins atypique, plus ou moins infecté, avec du psoriasis et sont traitées comme ces affections.

Mais il faut arriver aux travaux de Gougerot pour

(1) « Les malades, écrit Gougerot, ont été présentés à mes conférences d'agrégé à la clinique de l'hôpital St-Louis du professeur Gaucher. Absorbé par mes travaux sur les mycoses et sur les dermatoses réactions de défense, je n'ai pas publié les observations, les mentionnant simplement dans la 1^{re} édition de mon livre « La Dermatologie », page 398, terminé et remis en juin 1914 à l'éditeur, avant la guerre, et publié seulement en 1916 ».

comprendre l'importance du sujet, connaître nettement la nature staphylo-streptococcique de ces affections. « Connaissant ces faits dès avant guerre, écrit-il, je reconnus immédiatement leur nature streptococcique sur les premier malades que me montrèrent Ombrédanne et les chirurgiens de ma région, en 1915 ».

C'est à lui que l'on doit d'avoir insisté tout particulièrement sur l'importance pratique qu'il y a de les bien connaître, car non traitées ou traitées comme on le faisait jusqu'alors, elles persistent indéfiniment ; tandis que traitées, — le traitement n'est ni long ni coûteux, — elles guérissent la plupart du temps avec une rapidité souvent étonnante. Il en a fait l'étude d'ensemble dans des publications successives et surtout dans un mémoire de la *Revue de Médecine* [1916, N^{os} 5 et 6 ; 7 et 8, pages 342 et 461 (90 pages, 11 figures)] ; dans le *Journal des Praticiens* [1917, N^{os} 11, 17, 18, 26, 50 ; 1918, n^o 19] ; dans le *Paris Médical* [1917, n^{os} 1 et 45 ; 1918, n^{os} 6 et 44] etc...

Parallèlement, et indépendamment de ces travaux, Perrin à Marseille les signalait ; Brocq et Desaux, à Paris, les étudiaient.

En janvier 1916, Brocq écrit que l'aspect général de ces lésions est celui d'un « eczéma séborrhéique psoriasiforme ou para-kératose psoriasiforme eczématisée et parfois impétiginisée ».

En mars de l'année suivante, Desaux (1) les étudie

(1) Desaux, Thèse de Paris 1917.

au point de vue bactériologique et admet la nature streptococcique de beaucoup de ces dermatoses exsudatives, suintantes et croûteuses ; il discute la nature des formes sèches psoriasiformes admettant qu'il s'agit d'une complication de parakératose psoriasiforme, alors que pour Gougerot ce sont les streptocoques, etc., qui créent cette lésion ; autrement dit la streptococcie change d'aspect.

Etiologie et Symptomatologie

Toute plaie infectée peut donner naissance à une dermo-épidermite microbienne : plaie consécutive à une pleurotomie, ulcérations variqueuses, brûlures...

La plaie n'a nul besoin d'être considérable et l'on voit fréquemment ces dermo-épidermites survenir autour des fissures d'intertrigo, se produire sur un impetigo écorché, à la suite d'une rhinite chronique (laquelle est le plus souvent, comme on sait, d'origine streptococcique).

Cependant elles se sont révélées pendant la guerre comme une complication relativement fréquente des plaies de guerre, aussi bien dans les plaies profondes et anfractueuses que dans les plaies superficielles ; aussi bien dans les plaies sans lésions osseuses, suppurant abondamment, que dans les plaies osseuses, foyers d'ostéite, origine de fistules rebelles.

Les causes provoquant l'apparition d'une dermo-épidermite microbienne peuvent être ramenées au nombre de trois : l'agent microbien, la cause inoculatrice, le terrain.

L'AGENT MICROBIEN. — L'agent microbien peut être apporté par le pus d'une plaie en activité, et c'est ce qui arrive le plus souvent. D'autres fois, il est transmis par des lésions persistantes, ou chroniques, telles que : abcès, pyodermites, simples folliculites par exemple.

Dans d'autres cas, enfin, le tégument ne comporte aucune altération, aucune lésion suppurée, aucune plaie. Dans ce dernier cas les germes pyogènes ont été apportés du dehors, ou ont vécu en saprophytes au contact du tégument et se sont réveillés pour une cause minime. Ce saprophytisme cutané des streptocoques est bien démontré depuis les travaux de Widal et Bezançon.

C'est ce qui peut expliquer, dans le cas présent, et l'apparition de dermo-épidermites microbiennes tardivement après la cicatrisation d'une plaie, et les récidives après guérison, paraissant complète, d'une première atteinte.

LA CAUSE INOCULATRICE. — La cause inoculatrice ayant déclenché l'infection du tégument est inconstante. Cette cause peut, quelquefois, dans le cas par exemple des dermo-épidermites post-traumatiques, être rapportée à un curettage de la plaie. D'autres fois, le malade avoue s'être gratté, mais dans ce cas, il est difficile d'affirmer si le grattage a été réellement la cause inoculatrice ou bien s'il n'a fait que témoigner le début de l'infection.

D'ailleurs, cette cause inoculatrice n'est pas indis-

pensable, et il est naturel de penser qu'autour des plaies, surtout des plaies suppurantes, la peau, plus ou moins macérée, soit toute disposée à faire une dermo-épidermite. Cependant, il est loin d'être constant que toute plaie, même suppurante et chronique, provoque une dermo-épidermite ; il est loin d'être la règle que toute pyodermite, même grave, soit la cause de cette dermatose ; et c'est ici que nous devons constater l'existence du tempérament propre de l'individu, l'influence du terrain.

LE TERRAIN. — En effet, le terrain joue un rôle considérable dans la genèse d'une dermo-épidermite microbienne (Gougerot). Ne fait pas, qui veut, une semblable affection, et seuls sont prédisposés ceux qui ont été en totalité, ou localement, sensibilisés par les toxines produites par une plaie, une fistule, ou quelque autre lésion pyogène. Quelquefois même, cette cause de sensibilisation nous échappe complètement. Quoiqu'il en soit, cette sensibilisation n'en existe pas moins, ainsi que l'ont démontré des cuti-réactions faites avec les produits d'auto-cultures tuées. A la suite de semblables expériences on a pu remarquer que généralement, mais non toujours, la sensibilisation était encore plus marquée autour de la plaie en activité que sur le reste du tégument, quoi qu'il n'y ait là rien d'absolu.

Enfin, fait d'une importance remarquable, cette sensibilisation cutanée peut être produite par une lésion profonde : abcès profond, ostéomyélite. C'est

ainsi que l'on voit une dermo-épidermite microbienne éteinte, guérie, reprendre une nouvelle activité sans cause apparente au premier abord. Qu'on examine alors la courbe de température, qu'on palpe soigneusement les masses musculaires, les os, il n'est pas rare, ou plutôt il est constant de découvrir plus ou moins profondément située, quelque collection purulente en activité. Le réveil de la lésion cutanée a donc permis de prévoir une lésion profonde qui aurait pu passer inaperçue ou tout au moins être découverte plus tardivement.

Le début d'une dermo-épidermite microbienne est insidieux, survenant généralement de 2 à 18 mois après la lésion causale : que ce soit blessure, plaie chronique, abcès chronique, abcès consécutif à une piqure, etc. Ce sont là les formes survenant autour et à l'occasion de lésions suppurantes, en activité ; il peut donc paraître à priori facile d'admettre la lésion du derme et de l'épiderme comme contiguë à la plaie infectée et immédiatement conséquente. Mais, d'autres fois, alors que la plaie est fermée, alors qu'une fistule jusque-là intarissable a fini par s'obstruer, c'est 2 et même 8 semaines après la guérison qu'apparaît la dermo-épidermite : à quoi l'attribuer si ce n'est à la persistance du streptocoque et des staphylocoques cantonnés dans quelque repaire cutané, y vivant en saprophytes et retrouvant leur virulence sous les causes que nous avons énumérées plus haut ?

Polymorphisme lésionnel des dermo-épidermites microbiennes

Les dermo-épidermites microbiennes strepto-staphylococciques offrent un polymorphisme clinique d'une variété extraordinaire ; leurs formes sont extrêmement nombreuses, et pour les passer rapidement en revue nous ne pouvons mieux faire que de donner la classification de Gougerot.

Il les classe en trois séries principales, contenant, chacune, plusieurs formes distinctes :

1^{re} série. — Formes purulentes :

1^o Forme à vésicules purulentes innombrables ou miliaire purulente ;

2^o Forme exulcéreuse ;

3^o Forme érythémato-squameuse impétigineuse ;

4^o Forme pustuleuse ;

5^o Forme compliquée d'ecthyma ;

6^o Forme compliquée d'ulcérations.

2^e série. — Forme érosive suintante eczématiforme « humide ».

3^e série. — *Formes sèches squameuses :*

- 1^o Forme pityriasique simple ;
- 2^o Forme rouge collodionnée ou pityriasis rubra
microbien ;
- 3^o Forme eczématiforme ;
- 4^o Forme amiantacée ;
- 5^o Forme psoriasiforme ;
- 6^o Forme en carapace ;
- 7^o Forme parcheminée ;
- 8^o Forme verruqueuse.

De ce groupe complexe nous étudierons les formes :

parcheminée,
en carapace,
amiantacée.

Dermo-épidermites microbiennes parcheminées

La forme parcheminée est caractérisée par les symptômes suivants :

La lésion apparaît recouverte d'une couche ressemblant à une feuille de parchemin plus ou moins tendu, sous lequel on voit l'épiderme plus ou moins rouge, généralement rouge foncé, tantôt brillant, gras, tantôt humide ; mince et fragile.

Cette couche parcheminée peut se fissurer par places en longues fissures longitudinales, ou en fissures plus courtes et transversales laissant sourdre à la pression du doigt un séro-pus jaunâtre. D'autres fois elle se clive, ou se recouvre de squames d'aspect parcheminé, à la face inférieure desquelles on peut voir un tacheté produit par des points purulents ou sanguins desséchés micro-abcès sous cornés, intra malpighiens.

Les bords de la lésion sont polycycliques, à cercles de rayon plus ou moins considérable, généralement de 2 ou 3 centimètres. Parfois encore on constate un mélange de bulles d'impétigo et d'ecthyma ; plus rarement, et transitoirement, une zone périphérique d'érysipèle ou de lymphangite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Gougerot. — In *Paris Médical*, n° 7, 1920

EPIDERMITE MICROBIENNE NON TRAUMATIQUE DATANT DE SIX MOIS,
COMPLIQUÉE D'ECZÉMA, IMPÉTIGO MILIAIRE DE LA FACE ET
EPIDERMITE PARCHEMINÉE DE LA JAMBE.

N° 666. — 36 ans. Le 13 mai 1915 apparaît un « eczéma » rebelle de tout le membre inférieur gauche qui guérit vers la fin d'octobre 1915. En janvier 1916, débute l'affection actuelle.

A l'entrée, le 15 juillet 1916, le dos, la figure, la face externe et une grande partie de la face antérieure de la jambe gauche sont couverts de plaques érythémato-squameuses parsemées d'ulcérations et de pyodermites.

Le 18 juillet, survient une éruption confluyente d'impétigo miliaire de la face.

Le 25 juillet, le placard d'épidermite de la jambe, qui était déjà amélioré, s'arrête brusquement et donne un suintement abondant.

Le 8 août 1916, la guérison des lésions de la tête, du cou, du dos est complète, et les lésions d'épidermite microbienne polymorphe ont disparu de la jambe ; mais l'« eczéma » infecté de la jambe persiste intense, subaigu, rouge, tuméfié, souvent compliqué de poussées aiguës ; peut-être même ce qui nous a paru de l'eczéma aigu, injecté, récidivant, n'était-il que le début de l'épidermite parcheminée. Bientôt, en effet, les lésions se transformaient en cette variété d'épidermite microbienne si exceptionnelle.

Les faces antérieure et externe de la jambe sont envahies par un immense placard à bords polycycliques formés de grands

festons dont le rayon a de 1 à 5 centimètres. Au premier abord, les lésions apparaissent seulement squameuses : squames sèches, épaisses, assez résistantes, plus ou moins feuilletées et collodionnées lorsqu'on traite la lésion par des poudres ; squames demi-sèches, blanchâtres, analogues à du parchemin mouillé lorsqu'on traite la lésion par des pâtes ou pommades qui n'irritent pas le placard ; squames mêlées de croûtes jaunâtres et brunâtres dues à la coagulation de l'exsudation lorsqu'on traite le placard par des préparations qui l'irritent. Les squames parcheminées, épaisses de 0 mm. 5 à 1 millimètre, résistantes, s'enlèvent d'un seul morceau et par de très grands lambeaux de 1 à 10 centimètres ; elles se décollent facilement lorsqu'on les soulève avec une pince à bords plats ; leur face profonde est tachetée de petits points excavés, larges de 1 à 3 millimètres, hématiques et brunâtres, ou jaunâtres et purulents, ou jaunes et séreux. La surface épidermique dénudée apparaît lisse, rouge foncé, vernissée, brillante, lorsqu'elle est irritée, rose violacée, plus ou moins opaline et terne lorsqu'elle ne l'est pas ; toujours, sauf sur les points en voie de guérison, elle est criblée de petits points séreux ou purulents de 0 mm 5 à 2 millimètres, tantôt profonds, intra-malpighiens et encore fermés, tantôt superficiels, intra-cornés et ouverts par le décollement et l'ablation de la squame. Ces squames parcheminées, enlevées soigneusement, se reproduisent en huit à quinze jours aussi épaisses, aussi résistantes, et les pyodermites miliaires repullulent au-dessous d'elles. Sur les bords du grand placard, l'épiderme décollé forme comme le bord d'une immense bulle polycyclique.

Tout autour, l'épiderme est rouge, et couvert de squames plus épaisses que dans les dermo-épidermites microbiennes ordinaires, tantôt irrégulières, diffuses, tantôt régulières, orbiculaires, et nettement limitées, ressemblant à une bulle sèche.

Cette dermo-épidermite « parcheminée » nous a paru si extraordinaire que nous avons cru à une lésion pathomimique ;

mais sa persistance, la reproduction des squames parcheminées et de la miliaire sous-squameuse, malgré les pansements cachetés et les appareils silicatés, nous font repousser cette hypothèse.

Cette singulière lésion persiste dans toute son intensité pendant l'hiver 1916-1917, fixe, se reproduisant sur place sans essaimage, depuis octobre 1916, rebelle à tous les traitements. Elle a commencé à régresser en mai, et a guéri en juin 1917.

OBSERVATION N° II

(personnelle)

(Observation recueillie dans le service de M. le Docteur Brocq à l'Hôpital Saint-Louis.)

DERMO-ÉPIDERMITE MICROBIENNE PARCHEMINÉE

N..., 59 ans, journalier. — Le 27 juin 1919, à la suite d'une chute sur les talons le malade se fait une fracture du calcaneum du pied gauche pour laquelle il entre à l'hôpital Saint-Louis, en chirurgie. On le traite par l'immobilisation puis le massage. Dès les premières séances de massage — fin juillet — il apparaît au niveau de la cheville quelques boutons rouges, légèrement suintants, ne causant aucune démangeaison. Malgré cette éruption, on continue les massages pendant tout le mois d'août, et le malade reprend son travail en septembre.

Mais, peu à peu, les boutons se sont multipliés, l'éruption s'est étendue, si bien qu'au mois de janvier 1920, le malade est amené à consulter un médecin. A ce moment la lésion forme un large placard rouge, suintant, qui remonte au tiers moyen de la jambe. On lui prescrit des pommades diverses que le malade applique sans en obtenir aucune amélioration.

Le 4 mai, il vient à la consultation de M. le docteur Brocq, à l'hôpital Saint-Louis, et est envoyé aux pansements dans ce service, où on lui fait d'abord pendant 15 jours des applications

de coaltar, puis de pâte à l'ichthyol. Plusieurs fois les lésions ont régressé et ont semblé presque disparues, mais l'amélioration étant chaque fois peu durable et inconstante, le malade est hospitalisé dans le service de M. le docteur Brocq, le 4 novembre 1920.

A son entrée, le malade présente une lésion s'étendant des malléoles au tiers supérieur de la jambe qu'elle entoure complètement : c'est une plaque érythémato-squameuse, érosive, impétigineuse, suintante et nullement parcheminée, compliquée sur les bords de vésicules d'eczéma.

Le malade est mis au repos complet et traité par des applications de pâte d'Alibour faible, puis de talc en poudre. A ce moment, s'est développée une couche épidermique épaisse, parcheminée, entourant la jambe comme d'une molletière, semblant pouvoir être détachée d'un bloc.

Ce revêtement parcheminé enlevé, on voyait toute la surface rouge, parsemée de minuscules points purulents, petits abcès intra-malpighiens. On a traité par une solution faible de permanganate de potasse en pansements humides, puis par une solution faible de sulfate de cuivre, enfin on a fait des pansements à l'eau ichtyolée.

Mais la lésion n'a pas guéri, et nous devons insister sur la résistance toute particulière de cette forme de dermo-épidermite microbienne.

Le 20 décembre, le placard s'est étendu de 3 à 4 centimètres vers le genou, de 1 centimètre vers le pied. Aux extrémités supérieures et inférieures on constate un tissu épidermique décollé présentant une configuration circinée en cercles de 2 à 3 centimètres de rayon et montrant ça et là quelques vésicules d'eczéma. Dans les deux tiers inférieurs il s'est reproduit une couche parcheminée analogue à celle plus haut décrite, parsemée ça et là de longues fissures qui laissent sourdre un pus jaunâtre, épais. Sous cette lame parcheminée, ou bien là où elle ne s'est pas reproduite, on voit un épiderme d'aspect brillant, ver-

nissé, tendu, rouge foncé, ou d'une rougeur un peu plus pâle par endroits. Par places, également, on remarque des ébauches de papules, de points en relief, du pityriasis rubra microbien. Cet épiderme est aminci ; quand on cherche à le plisser on obtient des plicatures nombreuses d'aspect collodionné.

OBSERVATION N° III

Gougerot. — In *Paris Médical*, 1920, page 141

DERMO ÉPIDERMITE MICROBIENNE PARCHEMINÉE A SQUAMES ÉPAISSES, EN « ÉCORCE D'ARBRE »

Le soldat n° 6351 raconte que les lésions ont débuté dans la Somme, en décembre 1915, par une arthrite tibio-tarsienne droite aiguë, rouge, tuméfiée, très douloureuse, avec fièvre à 38° (température axillaire). Evacué sur Dax et traité par les boues, la lésion articulaire persiste, compliquée de cette singulière dermatose qui apparut à la fin de décembre 1915.

Le 5 mars 1918, à son entrée dans notre centre, nous sommes étonné de ces lésions étranges : tout le pied et toute la jambe gauches sont œdématiés « en poteau » ; le pied et la jambe sont recouverts d'une carapace cornée, irrégulièrement plissée, blanc sale, opaque, ou brunâtre, identique d'aspect à l'écorce d'un arbre ; la semelle cornée plantaire est très épaisse, feuilletée. A la partie supérieure de la jambe la desquamation devient progressivement parcheminée, puis lamelleuse ; l'épiderme est rouge ; les bords sont diffus.

A la pince, « l'écorce d'arbre » s'enlève facilement par lambeaux larges de plusieurs centimètres, épais de 1 millimètre, solides, difficiles à déchirer, souvent fétides. Au dessous, l'épiderme est rouge, lisse, ou encore squameux, et, par places, sous cette écorce, on trouve des squames rondes, fines, collo-

dionnées, sèches, adhérentes, reliquats probables des bulles sèches.

Lorsque l'épiderme a été mis à nu, il apparaît rouge foncé, mince, bulleux, fragile ; rayé, il se plisse facilement, tantôt assez résistant il reste adhérent et devient opaque par la rayure ; tantôt, comme dans un pemphigus, il se soulève et se décolle en une lamelle fine, transparente, molle ; souvent, entre ces squames minces, on aperçoit de la sérosité et des micro-abcès intramalpighiens et intracornés ; parfois le derme est fissuré, suintant.

Le traitement externe, pulvérisations et pommade d'Alibour, décape, tarit l'infection épidermique et le malade était presque guéri lorsque, le 16 mars, l'arthrite se réchauffe : douleur, œdème, fièvre à 39°, 40°, vomissements ; on passe le malade en chirurgie pour « arthrite aiguë tibio-tarsienne ». Il rentre dans notre centre le 11 avril avec des lésions cutanées intenses : peau rouge, desquamante, avec squames épaisses, parcheminées et non plus en écorce d'arbre ; ces placards sont semés de bulles suppurées ecthymateuses, isolées ou confluentes ; une ulcération atteint 30 millimètres.

L'arthrite du pied a donc déterminé une poussée de sensibilisation locale, d'où reprise de lésions cutanées.

Le 11 mai, les ulcérations sont guéries, l'épidermite est guérie, mais il reste l'arthrite chronique du pied avec état d'œdème éléphantiasique du pied et de la moitié inférieure de la jambe ; le malade est donc proposé pour la réforme.



Collection de M. le Dr Gougerot. Tiré du *Paris Médical*
Dermo-épidermite microbienne parcheminée
Observation III



Service de M. le D^r Brocq. Cliché de M. Schaler
Dermo-épidermite microbienne parcheminée
(*Observation II*)



Collection de M. le Dr Gougerot. Tiré du *Paris Médical*
Dermo-épiderme microbienne parcheminée
(Observation ~~III~~ *I*)

Dermo-épidermites microbiennes en carapace

Les symptômes de la forme en carapace simulent, en général, un psoriasis extraordinaire.

La carapace est formée de squames, craquelée, fissurée, irrégulière, blanche, opaque, écailleuse, divisées en écailles plus ou moins polygonales, tantôt accolées, tantôt imbriquées, tantôt à demi détachées. A l'épreuve du grattage elles se montrent plus ou moins plâtreuses, plus ou moins ternes, plus ou moins résistantes, laissant voir quelquefois une nouvelle squame transparente, fine, adhérente.

Si l'on décolle la carapace on peut voir l'épiderme sous différents aspects :

1° Il est déjà squameux, en train de refaire des squames :

2° Il est lisse, rouge vernissé, non suintant ni érodé : par dessous on sent le derme infiltré, épaissi, quelquefois douloureux, quelquefois indolore ;

3° Il est suintant, montrant soit des micro-abcès intra malpighiens, aplatis, de 1 à 2 millimètres, soit des vésicules de même forme et dont le liquide con-

tient des polynucléaires déformés, quelques rares cocci.

Mais il n'y a ni vésicule d'eczéma, ni la pellicule décollable du psoriasis.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° IV

Gougerot. — In *Paris Médical*, n° 25, 1920

DERMO-EPIDERMITE MICROBIENNE EN CARAPACE

Le n° 9030, a été blessé à la face externe du bras gauche le 9 juin 1918, et, sur la photo n° 4 on voit encore à mi-hauteur de la face postérieure du bras l'orifice de sortie du projectile, irrégulier, presque losangique, ulcéreux et bourgeonnant. Dix jours après la blessure, la peau devenait rouge et squameuse autour des plaies ; l'épidermite s'étendait rapidement au bras, puis au thorax, l'envahissant graduellement, si bien que, le 16 juillet 1918, à son entrée dans notre centre, les lésions couvraient tout le bras, la moitié supérieure de l'avant-bras, l'épaule, le cou, et dépassaient sur le thorax la ligne médiane en avant et en arrière.

La peau est rouge et squameuse, les squames sont épaisses de 0^{mm}5 à 1 millimètre, très adhérentes, larges de 5 à 20 millimètres, 40 millimètres, souvent davantage, craquelées, à forme irrégulière, parfois vaguement polygonales en raison de la direction des plis et plicatures normales de l'épiderme, parfois arrondies comme si elles étaient le reliquat d'une bulle sèche.

Leur surface est tantôt plane ou excavée, les bords en voie de décollement se relevant ; tantôt irrégulière, rugueuse, plus ou moins grenue.

Encore adhérentes, les squames sont demi-transparentes, laissant voir l'épiderme et le derme congestionné, très rouge. En voie de décollement ou complètement décollées, elles sont blanchâtres, plus ou moins opaques ; l'ensemble forme une carapace de squames épaisses, craquelées comme une porcelaine, englobant toute la surface atteinte. Au grattage ces squames sont plâtreuses, ternes, résistantes, s'enlevant par lambeaux.

Sur certains points, les squames décollées, lorsqu'on les enlève, laissent voir une nouvelle squame transparente, fine, très adhérente ; à la face postérieure du coude, notamment, les squames superposées atteignent 2 millimètres d'épaisseur. Lorsque l'ablation des squames met à nu l'épiderme, celui-ci est tantôt sec, rouge, tantôt, et plus souvent, suintant, comme érodé, cette humidité n'apparaissant que par l'ablation de la couche cornée ; rarement le grattage méthodique découvre des microabcès intra-malpighiens de 0^{mm}5 à 1 millimètre ou des vésicules séreuses plates de même forme et dont le liquide contient des polynucléaires. Les squames se reforment aussitôt et redeviennent visibles dès le surlendemain. Il n'y a ni vésicules d'eczéma, ni pellicule décollable, ni piqueté hémorragique psoriasique.

Les bords de la carapace squameuse sont nettement arrêtés et brusques sur l'avant-bras ; partout ailleurs, au cou, sur l'épaule, sur le thorax, les bords squameux sont diffus et l'on distingue trois zones de dedans en dehors.

1° La carapace s'émiette en petites squames arrondies de 2 à 4 millimètres, parfois distinctes, souvent confluentes, disséminées sur le fond rouge de l'épiderme infiltré, épaissi, enflammé. Cette zone a de 1 à 3 centimètres de large.

2° Sur le même fond rouge, formant une nappe continue, se disséminent de petites squames arrondies de 2 à 4 millimètres, le plus souvent distinctes et plus ou moins adhérentes ; cette zone moyenne a de 1 à 5 centimètres.

3° Enfin, la rougeur, jusque-là contenue, se fragmente, s'émiette en petites papules de 2 à 5 millimètres, d'un rouge plus ou moins foncé, légèrement saillantes, planes, assez souvent confluent en archipel ; tantôt elles ne paraissent pas squameuses bien que le grattage montre un épaississement commençant de la couche cornée ; tantôt elles sont recouvertes d'une squamule nette, transparente ou blanchâtre. Cette 3^e zone oscille entre 2 et 12 centimètres de largeur.

Il était vraisemblable que ces trois zones marquaient le mode d'envahissement et de progression des lésions ; le malade l'affirme et nous l'avons vérifié en ne commençant le traitement que cinq jours après son entrée. Le placard a une marche centrifuge, il essaime en peau normale de petites papules rouges (troisième zone) qui, bientôt, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, confluent en une nappe rouge continue et se recouvrent de squamules arrondies (deuxième zone) ; le quatrième jour les squamules s'étendent, s'épaississent, confluent (première zone) et le cinquième jour la carapace adulte est constituée, et ira s'épaississant les jours suivants.

Cette progression si rapide a été notée dans la région sternale. Sur le cou la progression est plus lente, marchant par millimètres ; à l'avant bras elle paraissait arrêtée.

Le traitement est commencé le 21 juillet, le malade a guéri rapidement, en trente jours, par le traitement habituel des dermo-épidermites microbiennes érythémato-squameuses : pommade d'Alibour pour désinfecter sans irriter, enfin baume réducteur de Duret appliqué en le diluant avec de la pâte à l'oxyde de zinc par le procédé des deux pots, afin d'augmenter progressivement et prudemment l'action réductrice du baume.

Le 21 août, tout semble guéri, mais le 25, une petite récidive se produit : le malade, enchanté du résultat, ayant cessé les applications du baume, la peau du bras est redevenue rouge et légèrement squameuse. Le traitement est repris, consolidant la guérison et le malade part en convalescence le 3 septembre.

OBSERVATION N° V (id.)

DERMO-ÉPIDERMITE EN CARAPACE

Chez ce malade, la carapace épaisse, atteignant parfois 3 millimètres, ressemble à un appareil plâtré craquelé.

Ce malheureux (n° 6090) a été blessé grièvement le 16 avril 1917 par une grenade à l'avant-bras, à la cuisse et au pied gauches. Il entre dans notre centre le 9 janvier 1918.

A cette date, il reste à l'avant-bras trois fistules suppurantes : l'une à la face palmaire du poignet, l'autre au tiers inférieur de l'avant-bras, la troisième à la face postérieure du même avant-bras (d'où sortira encore un petit séquestre le 7 février 1918) ; les muscles de la main sont atrophiés ; une quatrième plaie de l'avant-bras est cicatrisée.

Autour de ces fistules s'étendent des placards érythémato-squameux : placard érosif suintant autour de la troisième fistule ; placard érythémato-squameux en carapace autour des deux autres fistules. Ce placard englobe la face antérieure de l'avant-bras, envahit le bord interne et déborde sur la face postérieure de cet avant-bras (où les bords sont diffus) ; il gagne la paume (où les bords sont encore diffus) et l'éminence thénar, la contourne, envahissant le dos de la main, y décrivant un placard arrondi à larges orbes ; les bords sont nets et brusques, marqués par une collerette squameuse décollée. Les squames, sur ce placard, sont en carapace craquelée comme dans l'observation précédente. Autour des fistules, lorsqu'elles suintent, l'épiderme est érodé, rouge vif, dépourvu de squames sur une largeur de 10 et 15 millimètres.

Il reste à la face externe du pied gauche une fistule en avant et au-dessus de la malléole, et à la face postérieure de la cuisse, une longue cicatrice d'intervention suppure encore à sa partie inférieure. Tout le membre inférieur, des orteils à la racine de la cuisse, est engainé d'une épaisse carapace squameuse, craquelée, écailleuse, irrégulière, blanche, opaque, comme un ap-

pareil plâtré. Cette carapace est craquelée, fissurée, irrégulière, divisée en écailles plus ou moins polygonales de 10 à 30 millimètres, tantôt solidement accolées et parfois superposées, imbriquées, tantôt demi-flottantes. A la pince on arrache des lambeaux de 10 à 120 millimètres, et, avec de la patience on aurait des moules plus grands encore.

Sous cette carapace, l'épiderme a trois aspects. Ici l'épiderme est encore squameux ; sous le couvert de la carapace décollée l'épiderme enflammé a recommencé à fabriquer des squames ; lorsqu'on enlève ces nouvelles squames par le grattage méthodique, on découvre soit un épiderme lisse, rouge, soit des érosions suintantes. Là, l'épiderme est rouge vernissé, non squameux, le derme est infiltré, oedémateux, épaissi, douloureux, il n'y a ni érosion, ni suintement. Là, l'épiderme est érodé, suintant, et souvent dans l'épiderme on aperçoit des microabcès aplatis de 1 à 2 millimètres que la curette ouvre facilement.

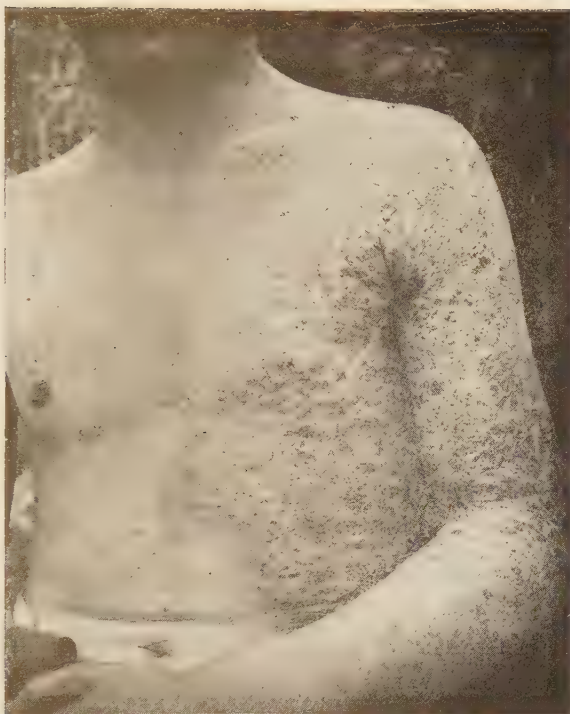
Enlevées, les squames tendent à se reproduire rapidement. Vers le tiers supérieur de la cuisse, la carapace s'amincit et peu à peu les lésions s'éteignent. Cette zone de transition permet de reconstituer l'évolution des lésions et l'on a les trois zones de l'observation précédente, avec, en outre, de larges placards érodés, suintants, croûteux et des placards nummulaires, ovalaires, érythémato-squameux, aberrants, de 10 à 20 millimètres de diamètre, disséminés jusqu'à la partie supérieure de la fesse et sur la paroi abdominale.

Le traitement habituel est institué : pulvérisations et onctions de vaseline résorcinée à 1 pour 200 pour faciliter le décapage à la pince, puis pâte d'Alibour progressivement graduée (le 26 janvier, ayant augmenté trop rapidement les doses, une poussée subaiguë d'épidermite microbienne érosive suintante se produit au genou) ; enfin baume réducteur dilué de pâte à l'oxyde de zinc par le procédé des deux pots.

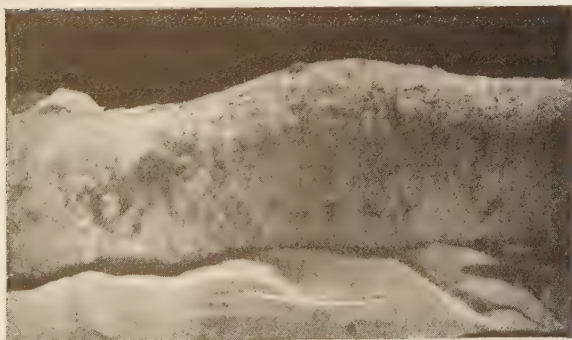
Le 15 février, la guérison cutanée est complète, ayant deman-

de 36 jours. Il reste les fistules d'ostéo-myélite que l'on s'apprête à traiter chirurgicalement ; mais, craignant la récurrence de l'infection saprophytique streptococcique, nous gardons le malade pour un traitement d'entretien.

Bien nous en prit, car, sans raison connue, le 5 avril, apparaît un érysipèle de la cuisse autour de la fistule persistante de la face postérieure. Cet érysipèle progresse rapidement, envahissant toute la cuisse, descendant au-dessous du genou, provoquant des troubles généraux, fièvre à 40°, etc., et nous sommes obligés de l'évacuer sur l'hôpital d'isolement, le 8 avril. La guérison cutanée de l'épidermite se maintenait depuis six semaines. Le blessé nous revient le 30 avril avec une récurrence légère d'épidermite érythémato-squameuse à son degré habituel sur le membre inférieur. Cette récurrence, qui ne s'est pas produite à l'avant-bras, indemne d'érysipèle, s'explique par une poussée de sensibilisation due à cet érysipèle plutôt qu'à un défaut de traitement d'entretien, car le traitement de sûreté avait été fait en février-mars, et la récurrence ne s'est produite qu'au membre atteint d'érysipèle. Quelques jours de pansements au baume réducteur de Duret guérissent cette récurrence et il peut être évacué le 5 mai sur un service de chirurgie. Depuis lors, la guérison s'est maintenue.



Collection de M. le Dr Gougerot. Tiré du *Paris Médical*
Dermo-épidermite microbienne en carapace
(*Observation IV*)



Collection de M. le Dr Gougerot. Tiré du *Paris Médical*
Dermo-épidermite microbienne en carapace
(*Observation V*)

Dermo-épidermites microbiennes amiantacées

L'aspect clinique de ces formes est celui de la « fausse teigne amiantacée » l'Alibert. La lésion est recouverte de squames abondantes, épaisses, stratifiées, sèches, blanchâtres, offrant l'aspect brillant de l'amiante ; à la pince on soulève des lames de squames superposées comme les feuillets d'un livre.

La nature microbienne de ces « fausses teignes amiantacées » a été démontrée par Gougerot en s'appuyant :

a) Sur les mélanges de cette fausse teigne et des pyodermites banales : impetigo, folliculite furonculaire, ou d'épidermite strepto-coccique ulcéreuse suintante ou érythémato-squameuse ;

b) Sur la succession de ces deux affections ;

c) Sur la récurrence de lésions de pyodermite sous forme de fausse teigne amiantacée ;

d) Enfin sur les formes de transition (*Voir nos observations personnelles*).

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° VI

Gougerot. — In *Bulletin de la Société de Dermatologie*

ÉPIDERMITE MICROBIENNE DE LA CUISSE GAUCHE, CONSÉCUTIVE A UNE BLESSURE DE GUERRE. FORME SQUAMEUSE A SQUAMES FINES, AMIANTACÉES ET PLACARD CROUTEUX CIRGINÉ.

N° 2490, 28 ans, blessé le 27 avril 1916, par éclat d'obus, à la face antéro-externe de la cuisse gauche ; le billet d'hôpital porte : « Eclat à 52 millimètres, incision longitudinale le 5 août 1916 ; deuxième intervention le 7 août 1916 pour extraction du projectile ». Le début de l'épidermite a eu lieu au début de juillet 1916.

A l'entrée, le 23 novembre 1916, sur les faces antérieure et externe de la cuisse gauche, au tiers inférieur, on découvre trois placards d'épidermite microbienne. Celui de la face antérieure autour de la 1^{re} incision est ovale, large comme une main, il est érythémato squameux sec, psoriasiforme ; les squames, épaisses, très adhérentes, sont amiantacées. Les deux autres sont situés à la face externe et autour de la deuxième cicatrice ; le premier a la grandeur d'une pièce de 5 francs ; le deuxième a 5 centimètres sur 8 centimètres environ ; ils sont érythémato-squameux avec érosions suintantes, légère suppuration et bords circinés croûteux. Par places on aperçoit les follicules entre les placards.

Le malade a guéri le 11 décembre 1916, en dix-huit jours, de lésions durant depuis 5 mois.

OBSERVATION N° VII

Gougerot. — In *Bulletin de la Société de Dermatologie*

ÉPIDERMITE MICROBIENNE AVEC IMPÉTIGO DE LA FACE ET DU CUIR
CHEVELU : TEIGNE AMIANTACÉE CONSÉCUTIVE

N° 999, 20 ans. Les lésions ont débuté il y a deux mois, par le menton. A l'entrée, le 8 septembre, la face est le siège de nombreuses lésions : érythème squameux, diffus, bulles d'impétigo, et exulcérations recouvertes de croûtes mélicériques.

Le cuir chevelu est atteint sur tout le vertex ; il guérit en une vingtaine de jours et le malade part guéri en permission de 15 jours. A son retour, une « fausse teigne amiantacée » occupe tout le vertex. Il sort le 3 novembre guéri de cette récurrence et rejoint son dépôt.

OBSERVATION VIII (id)

ASSOCIATION D'ÉPIDERMITE MICROBIENNE ÉRYTHÉMATO SQUAMEUSE,
D'EXULCÉRATIONS D'IMPÉTIGO DU CUIR CHEVELU ET DE TEIGNE
AMIANTACÉE

N° 309. — La poussée actuelle ne date que d'un mois, du début d'avril 1916, ce qui étonne en raison de l'intensité des lésions.

Actuellement, 18 mai, tout le cuir chevelu, la partie supérieure de la nuque, les régions rétro-auriculaires, le pavillon de l'oreille gauche, la barbe et la région sous-maxillaire gauche sont envahies par de l'épidermite rouge et squameuse, avec çà et là, aspect de teigne amiantacée, et en d'autres points, érosions à tendance suintante.

Il est guéri le 11 juin, en vingt-trois jours.

OBSERVATION N° IX

(Personnelle ; en collaboration avec le Dr Gougerot)

FORME DE TRANSITION ENTRE LA « FAUSSE TEIGNE AMIANTACÉE » ET L'INTERTRIGO STREPTOCOCCIQUE

Mme F..., 23 ans. — Vient à la consultation, le 10 septembre 1919, pour impetigo qu'elle a attrapé à son enfant, atteint de gourme. Elle présente des lésions diverses consistant en :

a) Impétigo banal des pavillons des deux oreilles ;

b) De l'intertrigo rétro-auriculaire suintant avec de la dermo-épidermite streptococcique érythémato-squameuse de la région mastoïdienne et sous-auriculaire, s'étendant à 3 travers de doigt environ au-dessous de l'apophyse mastoïde.

c) Enfin, point capital, ces lésions streptococciques banales se confondent à la lisière temporale du cuir chevelu avec un placard irrégulier, vaguement arrondi de « fausse teigne amiantacée » typique, ayant 30 à 50 millimètres à gauche, 50 à 70 millimètres à droite.

Sur le reste du cuir chevelu, 8 taches nummulaires de 10 à 25 millimètres offrent le même aspect typique de « fausse teigne amiantacée ».

La malade est traitée par la pommade oxyde jaune de mercure — huile de Cade.

Elle revient le 24 septembre ; la « fausse teigne amiantacée » est guérie ; les lésions autres de dermo-épidermite sont très améliorées. On continue le même traitement.

Le 3 octobre elle revient, guérie du tout.

OBSERVATION X

(Personnelle ; en collaboration avec le Dr Gougerot)

FORME DE TRANSITION ENTRE LA FAUSSE TEIGNE AMIANTACÉE ET L'IMPÉTIGO

Le nommé G..., 27 ans, vient, le 10 août 1919, à la consulta-

tion de l'hôpital Saint-Louis, parce qu'il souffre de gourme et d'impétigo du cuir chevelu depuis 3 mois.

Il présente encore 2 taches d'impétigo en activité dans la région antérieure du cuir chevelu ; des traces alopeciques post-impétigineuses en 5 points différents avec des cheveux qui commencent à repousser.

Jusque-là, il n'y a rien que des lésions banales, mais on remarque également, sur la ligne médiane, dans la partie antérieure du cuir chevelu, un large placard festonné de 70 à 90 millimètres de diamètre environ, offrant en son centre tout l'aspect d'une « fausse teigne amiantacée » évidente : les cheveux sont agglomérés, agglutinés par des paquets de squames abondantes, sèches, stratifiées, blanches, amiantacées. Ce centre amiantacé a de 50 à 60 millimètres de diamètre.

On trouve entre ce centre et la périphérie une zone intermédiaire érythémato-squameuse de dermo-épidermite. Enfin, en bordure, des festons irréguliers d'impétigo circiné.

Le malade est mis au traitement par la pommade oxyde jaune de mercure — huile de Cade.

Il revient à la consultation le 28 août 1919, guéri de sa dermo-épidermite amiantacée et de son impétigo.

OBSERVATION XI

Gougerot, in *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1919

ÉPIDERMITE MICROBIENNE AVEC IMPÉTIGO DE LA FACE ET DU CUIR
CHEVELU : TEIGNE AMIANTACÉE CONSÉCUTIVE

Cette fillette de 6 ans avait eu une microsporie certaine avec cheveux engainés, on la traite par la radiothérapie qui produit l'épilation habituelle ; elle contracte alors de l'impétigo du cuir chevelu qui devient en quelques jours une teigne amiantacée typique que représente la photographie n° 6. Il n'y a plus d'impétigo : on voit que le pityriasis amiantacé n'envahit que la

partie antérieure du cuir chevelu, respectant la partie postérieure et que la plaque épilée n'a pas été épargnée ; la desquamation y est moins épaisse, ne formant pas les strates superposées qui agglomèrent les cheveux en feuillets de livre ; elle est de même ordre mais sans érythème. La peau est blanche comme dans une pelade ; ce détail est intéressant en nous montrant que cette dermatose peut exister sans cheveux et qu'elle se relie par les faits de passages aux pityriasis furfuracés.

L'examen complet révèle trois points intéressants :

Le bord du placard amiantacé est souvent circiné, et sur l'occiput on découvre trois taches arrondies amiantacées de 6 à 12 millimètres qui ont succédé à des taches d'impétigo.

Le sillon rétro-auriculaire gauche est atteint d'intertrigo érythémato-squameux streptococcique (Sabouraud) des deux faces cutanées avec fissure suintante et poussières ambrées du fond du pli. Sur le temporal les bords de cet intertrigo érythémato-squameux se confondent progressivement dans le pityriasis « blanc » de la plaque épilée.

Sur les joues existent des taches discrètes mais certaines de pityriasis faciei qui est une épidermite streptococcique (Sabouraud). On note encore des pustulettes d'acné sur le front.

Sur cette petite malade on a donc toutes les transitions de la teigne amiantacée à l'impétigo banal mélicérique (vertex et occiput), au pityriasis faciei (plaques épilées et dartres furfuracées de la face), à l'intertrigo rétro-auriculaire, toutes affections streptococciques ou strepto-staphylococciques.



Collection de M. le Dr Gougerot
Dermo-épidermite microbienne amiantacée
(*Observation XI*)

Conclusions

1° Les dermo-épidermites microbiennes streptococciques sont des infections cutanées offrant une grande variété d'aspects cliniques ; il faut insister sur l'importance qu'il y a à les bien connaître, à faire leur diagnostic — quelquefois difficile en raison même de leur polymorphisme lésionnel.

2° Les trois aspects particuliers que nous avons pris parmi leurs nombreuses formes nous ont bien montré ce polymorphisme lésionnel quelquefois si étrange (1), et nous ont permis de rattacher aux dermo-épidermites microbiennes la « Fausse teigne amiantacée d'Alibert » dont la nature streptococcique est aujourd'hui bien connue (Gougerot).

3° Nous devons insister également sur ce fait que non traitées, ou mal traitées, les dermo-épidermites microbiennes ont tendance à s'accroître et à persister indéfiniment, étant la source d'inconvénients multiples que Gougerot a bien mis en lumière.

(1) Voir l'observation n° III.

« Elles persistent indéfiniment, écrit-il, gênantes,
« souvent douloureuse, empêchant la marche, le
« travail de l'ouvrier, l'entraînement du soldat ;

« Elles peuvent se compliquer de poussées aiguës,
« graves, notamment d'érysipèle ;

« Elles empêchent les interventions chirurgicales
« ou augmentent les chances d'infection ;

« Elles aggravent singulièrement toute blessure
« qui entame le derme en provoquant l'ensemence-
« ment des plans profonds par les microbes de ces
« épidermites, et déterminent des lymphangites,
« phlegmons ;

« La reprise et la récurrence sont de règle s'il y a ré-
« gression spontanée.

« Les auto-inoculations en d'autres régions sont
« très fréquentes, multipliant et aggravant la mala-
« die.

« Elles peuvent être source de contagion ».

4° Traitées, la guérison n'est ni longue, ni coûteuse et survient avec une rapidité souvent étonnante.

Aussi, devant toute lésion cutanée, doit-on penser systématiquement aux dermo-épidermites microbiennes strepto-staphylococciques lorsque le diagnostic d'eczéma ou de psoriasis ne s'impose pas. Ces lésions n'ont pas qu'une importance de guerre, elles

se retrouvent fréquemment en temps de paix et leur connaissance est l'une des plus importantes acquisitions de la dermatologie française dans ces dernières années.

Bibliographie

BROCQ. — Traité de Dermatologie. *Bulletin Médical*, janvier 1916.

DARIER. — Traité de dermatologie.

DESAUX. — Contribution à l'étude clinique et bactériologique d'une dermo-épidermite des plaies anciennes et des trajets fistuleux (Thèse de Paris 1917).

GOUGEROT. — *Progrès Médical* (1912) n^{os} 20 et 21. — *La Dermatologie en clientèle*, 1^{re} édition et suivantes. — *Journal des Praticiens* (1916). — *Revue de Médecine* (1916), mai-juin-juillet-août, n^{os} 5-6-7-8. — *Paris Médical* (1917), 6 janvier-17 mars-10 novembre. — *Progrès Médical* (1917), 31 mars. — *Journal des praticiens* (1917), 30 juin-15 décembre. — *Paris Médical* (1918), 9 février-2 novembre-21 décembre. — *Annales de Médecine* (1918), n^o 9. — *Bulletin de la Société de Dermatologie* (1919), janvier-mai. — *Journal Médical français* (1919), décembre. — *Paris Médical* (1920), 14 février-19 juin.

SABOTRAUD. — Les Pityriasis.

Amédée Legrand, Editeur, Paris
